



Epil·Care

BODY | LASER | BEAUTY

ENDERMOLOGIA / ENDOSPHERES / LIPOSUKCJA KAWITACYJNA

Skąd się Pan/i o nas dowiedział/a?

Imię i Nazwisko.....

Adres e-mail.....

Data urodzenia.....

Numer telefonu.....

Kod pocztowy.....

- Reklama na Facebook/Instagram
- Strona www
- Z polecenia
- Booksy
- Google
- Voucher/ulotka
- Inne.....

Zabieg, z którego chce Pan/Pani skorzystać?

- Endermologia
- Endospheres
- Liposukcja kawitacyjna

Opis problemu skórniego:

.....

.....

Propozycja zabiegu (ilość, odstęp między zabiegami, rodzaj):

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

Wymiary:

.....

.....

Podpis Klienta.....

Zasady działania - najważniejsze informacje

Przebieg zabiegu

ENDERMOLOGIA/ENDOSPHERES

Zabieg polega na przesuwaniu głowicy urządzenia po skórze, co powoduje rozbijanie komórek tłuszczowych, stymulację krążenia krwi i limfy oraz poprawę elastyczności skóry.

LIPOSUKCJA KAWITACYJNA

Liposukcja kawitacyjna wykorzystuje ultradźwięki o niskiej częstotliwości do tworzenia mikropęcherzyków w tkance tłuszczowej. Pęcherzyki te implodują, rozbijając komórki tłuszczowe.

Zabieg polega na przesuwaniu głowicy emitującej ultradźwięki po obszarze ciała wymagającym modelowania.

Przygotowanie do zabiegu

Przed zabiegiem pacjent powinien unikać ciężkich posiłków i alkoholu oraz pić dużo wody, aby wspomóc procesy detoksykacji organizmu.

Ilość zabiegów

Zaleca się wykonywanie zabiegu 2-3 razy na tydzień, w zależności od indywidualnych potrzeb i celów pacjenta.

Skuteczność

Endermologia jest skuteczna w redukcji cellulitu, poprawie konturów ciała i jędrności skóry. Rezultaty są widoczne po kilku zabiegach, ale pełny efekt osiąga się po zakończeniu całej serii.



Podpis Klienta.....

OŚWIADCZENIA OSOBY PODDAJĄCEJ SIĘ ZABIEGOM

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że:

Zostałam/em w pełni poinformowana/y przez kosmetologa o procedurze zabiegu, wszystkich czynnościach z nim związanych, ryzykiem wybranego przeze mnie zabiegu, korzyściach oraz o możliwości pojawienia się skutków ubocznych/niepożądanych. Miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących wszystkich aspektów zabiegu, na które otrzymałam/em wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi.

Zapoznałam/em się ze wszystkimi przeciwwskazaniami do zabiegów na ciało.

Poinformowałam/em kosmetologa wykonującego zabieg bądź zabiegi o wszelkich przeciwwskazaniach i alergiach mogących utrudnić wykonywanie bądź przebieg zabiegów oraz mające wpływ na wszelkie powikłania bądź działania niepożądane po jego zakończeniu.

Podane przeze mnie informacje w Karcie Konsultacyjnej dotyczące przebytych chorób, trwającego leczenia, zażywanych leków, a także udzielone przeze mnie odpowiedzi są zgodne z prawdą oraz nie przemilczałam/em żadnych informacji, które mogą być istotne dla zabiegów.

Zobowiązuję się poinformować przy kolejnych zabiegach o nowo powstałych przeciwwskazaniach.

W przypadku powstania roszczeń pozostających w związku z jakimkolwiek zabiegiem, któremu poddałam/em się w salonie EpilCare zobowiązuje się niezwłocznie zgłosić moje roszczenia bezpośrednio do salonu EpilCare. i podjąć próbę polubownego załatwienia sprawy. Niniejsze zobowiązanie nie ogranicza mojego prawa do dochodzenia roszczeń przed sądem powszechnym, jeżeli polubowne załatwienie sprawy nie nastąpi.

Data i czytelny podpis osoby poddającej się zabiegom

INFORMACJA O DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przekazanych w ramach powyższej ankiety danych dotyczących zdrowia w celach tylko i wyłącznie związanych z wykonaniem zabiegu depilacji.

Data i podpis klienta.....

KLAUZULA INFORMACYJNA RODO:

W związku z Ogólnym Rozporządzeniem o Ochronie Danych Osobowych 2016/679 (RODO), które obowiązuje od 25 maja 2018 roku we wszystkich krajach należących do Unii Europejskiej, przekazujemy Ci poniższe informacje:

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o PROMOCJACH i PREZENTACH od Epil Care Sp. z o.o. za pośrednictwem:

SMS, mail, numer tel., adres.mailowy:

Nie wyrażam zgody

Data.....



Epil·Care

BODY | LASER | BEAUTY

DEPILACJA LASEROWA

Skąd się Pan/i o nas dowiedział/a?

Imię i Nazwisko.....

Adres e-mail.....

Data urodzenia.....

Numer telefonu.....

Kod pocztowy.....

- Reklama na Facebook/Instagram
- Strona www
- Z polecenia
- Booksy
- Google
- Voucher/ulotka
- Inne.....

PROSZĘ ZAZNACZYĆ RODZAJ DEPILACJI POSZCZEGÓLNYCH PARTII

W jaki sposób?	Wosk	Maszynka do golenia	Inny sposób	Jak często?
Górna warga				
Pachy				
Bikini				
Łydki				
Całe nogi				
Inne miejsca/które?				

Zasady działania - najważniejsze informacje

Przebieg zabiegu:

Przed zabiegiem skóra jest oczyszczana i ewentualnie pokryta żelem do USG. Laser jest aplikowany na skórę, a impulsy świetlne są kierowane na obszar zabiegowy.

Przygotowanie do zabiegu:

- Unikanie słońca: Należy unikać opalania się przez co najmniej 2 tygodnie przed zabiegiem.
- Unikanie innych metod depilacji: Przez min 3 tygodnie przed zabiegiem nie należy używać wosku, pęsety ani depilatorów, aby włosy były w odpowiedniej fazie wzrostu.
- Ogolenie obszaru: Dzień przed zabiegiem zaleca się ogolić obszar, który ma być poddany depilacji.

Ilość zabiegów:

Aby osiągnąć trwałe efekty, zazwyczaj potrzebne jest minimum 6-8 zabiegów, przeprowadzanych w odstępach 4-6 tygodniowych.

Skuteczność:

Najlepsze rezultaty uzyskuje się u osób z jasną skórą i ciemnymi włosami, jednak nowoczesne lasery mogą być skuteczne dla różnych typów skóry i kolorów włosów.

Podpis Klienta.....

PRZECIWWSKAZANIA

ZAZNACZ TAK/NIE, JEŚLI CIĘ DOTYCZY

- TAK / NIE Nowotwory skóry i innych narządów (do 6 lat po wyleczeniu)
- TAK / NIE Duże, szybko rosące zmiany barwnikowe (pieprzyki o nieregularnym kształcie)
- TAK / NIE Choroby tkanki łącznej (np. : twardzina, toczeń rumieniowaty układowy, reumatoidalne zapalenie stawów)
- TAK / NIE Skłonność do powstawania bliznowców
- TAK / NIE Choroby układu nerwowego (np. : epilepsja, zaburzenia czucia, niedowłady, porażenia, miastenia)
- TAK / NIE Porfirie
- TAK / NIE Fotodermatozy – choroby wywołane przez światło słoneczne, do których zaliczamy m.in.: pokrzywkę
- TAK / NIE Nadwrażliwość na światło słoneczne
- TAK / NIE Cięża
- TAK / NIE Aktywna opryszczka
- TAK / NIE Uszkodzenia skóry i wypryski w miejscu przeprowadzania zabiegu
- TAK / NIE Metalowe protezy i implanty w miejscu przeprowadzania zabiegu
- TAK / NIE Rozrusznik serca
- TAK / NIE Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy? Jeśli tak to na co:.....
- TAK / NIE Czy jest Pan(i) na coś uczulona? Jeśli tak, to na co:.....
- TAK / NIE Choroby układu krążenia (np. żylaki)
- TAK / NIE Zaburzenia metaboliczne (nieuregulowana cukrzyca)
- TAK / NIE Choroby krwi i układu krzepnięcia (np. : hemofilia)
- TAK / NIE Choroby zakaźne (np. żółtaczką)
- TAK / NIE Atopowe zapalenie skóry
- TAK / NIE Czy przyjmuje Pan(i) suplementy diety, zioła, witaminy. Jeśli tak to jakie?.....
- TAK / NIE Czy przyjmował/a Pan(i) tetracykliny, izotretynoinę (np. Izotek). Jeśli tak, to proszę podać datę ostatniego przyjęcia.....
- TAK / NIE Czy zażywa Pan(i) leki przeciwbólowe (Ibuprofen, Ketoprofen, Naproksen). Jeśli tak, to jaka dawka i od kiedy?.....
- TAK / NIE Czy pił/a Pan(i) alkohol w ciągu ostatnich 24 godzin?
- TAK / NIE Czy często się Pan(i) opala? Data ostatniej ekspozycji na słońce / solarium.....
- TAK / NIE Czy używa Pan(i) kremów z filtrem?
- TAK / NIE Jakie leki Pan(i) przyjmują?.....
- TAK / NIE Zaburzenia hormonalne (zespół policystycznych jajników, choroby tarczycy)
- TAK / NIE Bielactwo
- TAK / NIE Łuszczyca
- TAK / NIE Przyjmowanie leków rozrzedzających krew
- TAK / NIE Przyjmowanie leków hormonalnych
- TAK / NIE Karmienie piersią
- TAK / NIE Aktywne infekcje
- TAK / NIE Wiek poniżej 18 roku życia
- TAK / NIE Świeża opalenizna
- TAK / NIE Inwazyjne zabiegi kosmetyczne, np. peelingi chemiczne
- TAK / NIE Depilacja woskiem przeprowadzana w miejscu wykonywania zabiegu
- TAK / NIE Występowanie nowotworu skóry w rodzinie
- TAK / NIE Przyjmowanie substancji fotouczulających, jeśli tak to jakich?
.....



Podpis Klienta.....

OŚWIADCZENIA KLIENTA:

1. Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na wykonanie zabiegu depilacji przy użyciu technologii laserowej ULTIMATE i EXFU
2. Zostałem(am) wyczerpująco poinformowany(a) o:
 - (I) przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu;
 - (II) technice i metodzie przeprowadzenia zabiegu;
 - (III) pochodzeniu i sposobie działania preparatów i urządzeń, które zostaną użyte do wykonania zabiegu
 - (IV) objawach jakie mogą wystąpić podczas i po zabiegu;
 - (V) przewidywanym okresie utrzymywania się rezultatów zabiegu;
 - (VI) średniej ilości zabiegów, której wykonanie niezbędne jest do osiągnięcia i utrzymania efektów.
1. Zostałem(am) poinformowany(a), że ilość zabiegów oraz ich efekty nie są identyczne dla każdego klienta i że uzależnione są od: osobniczych cech włosów, fototypu skóry, gospodarki hormonalnej oraz od regularności i zachowania odpowiednich odstępów między zabiegami w zależności od obszaru poddawanego epilacji.
2. Zostałem(am) poinformowany(a), że notuje się indywidualne przypadki, w których osiągnięcie oczekiwanych efektów zabiegu jest niemożliwe oraz przyjmuję to ryzyko.
3. Udzielono mi wyczerpującej informacji na temat wszelkich możliwych do przewidzenia następstw i powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z zabiegiem. Miałem(am) możliwość zadawania pytań i uzyskałem na nie odpowiedzi. Powyższe ryzyko zabiegowe przyjmuję i nie będę z tego tytułu zgłaszać jakichkolwiek roszczeń.
4. Zostały mi przekazane zalecenia i wskazówki pielęgnacyjne do stosowania po wykonaniu zabiegu, zapoznałem(am) się z nimi i zobowiązuję się ich przestrzegać.
5. Informacja przekazana przez kosmetologa była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni zrozumiała.
6. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej w celu załączenia do karty klienta.
7. W razie wystąpienia niepokojących mnie objawów skontaktuję się z kosmetologiem asystującym/ wykonującym zabieg.
8. Jestem świadomy(a), że rozbieżność pomiędzy oczekiwanym przeze mnie efektem zabiegu a jego rzeczywistym efektem - mieszczącym się w granicach skali, o której zostałem uprzedzony, nie może być podstawą roszczeń odszkodowawczych.
9. Zostałem(am) poinformowany(a), że aby uzyskać najlepsze efekty kuracji należy bezwzględnie przestrzegać odstępów między zabiegami, które zaleca kosmetolog prowadzący terapię.

INFORMACJA DLA KLIENTA

TYPOWE I CZĘSTE MOŻLIWE DO WYSTĄPIENIA EFEKTY UBOCZNE PO ZABIEGACH DEPILACJI LASEROWEJ:

- Dotkliwy lub długotrwały rumień (zaczerwienienie) w ciągu 2-24 godzin po zabiegu, które mogą utrzymywać się do kilku tygodni.
- Podrażnienie, świąd, uczucie pieczenia lub łagodny ból (podobne do oparzeń słonecznych) w ciągu 48 godzin od zabiegu.
- Dyskomfort – pacjenci w różnym stopniu odczuwają uczucie dyskomfortu. Niektórzy pacjenci opisują to doznanie jako szczypanie, zaś inni porównują je do pęknięcia opaski gumowej lub pieczenia, które może utrzymywać się do godziny po zabiegu. Większość klientów toleruje to uczucie podczas zabiegu, lecz niektórzy wymagają znieczulenia miejscowego.
- Nadmierny obrzęk - bezpośrednio po zabiegu, zwłaszcza na nosie i policzkach, może występować przejściowy obrzęk skóry. Zazwyczaj ustępuje on w ciągu kilku godzin, lecz może trwać nawet do siedmiu dni.
- Delikatna skóra – skóra w miejscu przeprowadzenia zabiegu i w jego pobliżu może stać się delikatna. Jeśli to nastąpi, należy unikać nakładania makijażu oraz nie należy pocierać skóry (może to doprowadzić do jej rozerwania).

RZADKIE MOŻLIWE DO WYSTĄPIENIA EFEKTY UBOCZNE PO ZABIEGACH DEPILACJI LASEROWEJ:

- mogą wystąpić pęcherze, naskórkowe nadżerki lub przebarwienia w okolicy zmian skórnych, oraz pozostać widoczne przez od kilku dni do kilku tygodni po zabiegu.
- uszkodzenie naturalnej struktury skóry – w niektórych przypadkach mogą utworzyć się strupy lub pęcherze. Należy postępować jak w przypadku opatrywania normalnych obrażeń.
- zmiana pigmentacji – w miejscu zabiegu może wystąpić zmiana pigmentacji. Większość przypadków hipopigmentacji lub hiperpigmentacji występują u osób o typie skóry IV do VI lub też gdy obszar zabiegu był wystawiony na działanie światła słonecznego w ciągu 3 tygodni przed lub po zabiegu.
- blizny – istnieje szansa wystąpienia blizn, takich jak powiększone blizny hipertroficzne lub keloidowe. Aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia blizn, należy dokładnie przestrzegać wszystkich instrukcji przed- i pozabiegowych.
- zasinienie – może wystąpić w obszarze, na którym przeprowadzany był zabieg, oraz może utrzymywać się przez kilka godzin lub nawet kilka dni.
- uszkodzenie oczu od światła odbitego lub długotrwałego narażenia niechronionych oczu na intensywne światło. W celu uniknięcia uszkodzenia oczu należy nosić okulary ochronne (odpowiednie do długości fali) podczas wszystkich zabiegów.



Podpis Klienta.....

OŚWIADCZENIA OSOBY PODDAJĄCEJ SIĘ ZABIEGOM:

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że:

Zostałam/em w pełni poinformowana/y przez kosmetologa o procedurze zabiegu, wszystkich czynnościach z nim związanych, ryzykiem wybranego przeze mnie zabiegu, korzyściach oraz o możliwości pojawienia się skutków ubocznych/niepożądanych. Miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących wszystkich aspektów zabiegu, na które otrzymałam/em wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi.

Zapoznałam/em się ze wszystkimi przeciwwskazaniami do zabiegów na ciało.

Poinformowałam/em kosmetologa wykonującego zabieg bądź zabiegi o wszelkich przeciwwskazaniach i alergiach mogących utrudnić wykonywanie bądź przebieg zabiegów oraz mające wpływ na wszelkie powikłania bądź działania niepożądane po jego zakończeniu.

Podane przeze mnie informacje w Karcie Konsultacyjnej dotyczące przebytych chorób, trwającego leczenia, zażywanych leków, a także udzielone przeze mnie odpowiedzi są zgodne z prawdą oraz nie przemilczałam/em żadnych informacji, które mogą być istotne dla zabiegów.

Zobowiązuję się poinformować przy kolejnych zabiegach o nowo powstałych przeciwwskazaniach.

W przypadku powstania roszczeń pozostających w związku z jakimkolwiek zabiegiem, któremu poddałam/em się w salonie EpilCare zobowiązuje się niezwłocznie zgłosić moje roszczenia bezpośrednio do salonu EpilCare i podjąć próbę polubownego załatwienia sprawy. Niniejsze zobowiązanie nie ogranicza mojego prawa do dochodzenia roszczeń przed sądem powszechnym, jeżeli polubowne załatwienie sprawy nie nastąpi.

Data i czytelny podpis osoby poddającej się zabiegom

INFORMACJA O DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przekazanych w ramach powyższej ankiety danych dotyczących zdrowia w celach tylko i wyłącznie związanych z wykonaniem zabiegu depilacji.

Data i podpis klienta.....

KLAUZULA INFORMACYJNA RODO:

W związku z Ogólnym Rozporządzeniem o Ochronie Danych Osobowych 2016/679 (RODO), które obowiązuje od 25 maja 2018 roku we wszystkich krajach należących do Unii Europejskiej, przekazujemy Ci poniższe informacje: Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o PROMOCJACH i PREZENTACH od Epil Care Sp. z o.o. za pośrednictwem:

SMS, mail, numer tel., adres.mailowy:

Nie wyrażam zgody

Data.....